FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1904 à 1 heure

PAR

E. AUBY

Ancien externe des Hôpitaux

DE

L'Influence de l'Insertion du Placenta

au segment inférieur

Sur la Grossesse et sur l'Accouchement

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges : MM. TILLAUX, *professeur*
LEGUEU et POTOCKI, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND / TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON		MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE	LEGRY		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de ma vive reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR TISON

Hôpital Saint-Joseph, 1898-1899.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

Hôpital Necker. Stage, 1899-1900.

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET

Hôpital Necker, externat 1900.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

Hôpital Laënnec, externat, 1900.

MONSIEUR LE DOCTEUR POZZI

Hôpital Broca, externat. 1900-1901.

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLIARD

Hôpital Saint-Antoine, externat, 1901-1902.

MONSIEUR LE DOCTEUR BALZER

Hôpital Saint-Louis, externat, 1902.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD-MARCHANT

Hôpital Boucicaut, externat, 1902-1903.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

DE L'INFLUENCE

DE

L'Insertion du Placenta

Au segment inférieur

SUR LA GROSSESSE ET SUR L'ACCOUCHEMENT

INTRODUCTION

La science obstétricale a beaucoup élargi le domaine de ses recherches, pendant ces dernières années, elle ne s'occupe plus d'une façon exclusive, comme elle le fît si longtemps, des phénomènes mécaniques du travail et des complications qui peuvent survenir pendant l'état puerpéral.

Un chapitre presque entièrement nouveau, la physiologie de la grossesse a été mis à l'ordre du jour et cette branche de la science obstétricale n'est point seulement fort intéressante en elle-même et au point de vue purement scientifique, car elle a déjà rendu des services très appréciables au point de vue pratique.

En connaissant mieux les conditions dans lesquel-

les se fait la fécondation, les influences qui agissent sur la durée de la gestation et sur le développement du fœtus, etc., nous pouvons espérer être un jour à même de rendre à l'espèce humaine, au moins autant de services que nous le permet aujourd'hui le perfectionnement de la thérapeutique obstétricale.

L'influence du siége de l'implantation de l'œuf sur la durée de la grossesse constitue peut-être l'exemple le plus frappant et en tous cas le mieux connu actuellement de l'influence des conditions physiologiques de la vie de l'œuf sur son accroissement et la disposition de ses parties constituantes.

Il n'est pas de question obstétricale dans laquelle on peut mieux suivre l'évolution des idées scientifiques.

Considérée longtemps comme n'étant intéressante que par les hémorrhagies auxquelles elle peut donner lieu et par l'obstacle qu'elle peut apporter à l'expulsion de l'enfant, l'insertion de l'œuf sur la partie basse de la paroi utérine a pris de nos jours, grâce à M. Pinard, une importance beaucoup plus considérable.

Il n'est pas indifférent au point de vue du développement de l'enfant et de la durée de la grossesse que le placenta s'insère en tel ou tel point de la paroi utérine. Toutes choses égales d'ailleurs, la grossesse a bien plus de chances d'évoluer jusqu'à terme et par suite l'enfant d'atteindre dans l'utérus son développement parfait lorsque le placenta est inséré sur la partie haute ou sur la partie moyenne de l'utérus

que lorsque l'œuf est greffé dans le voisinage du col.

On ne doit pas oublier que c'est à M. Pinard que l'on doit la découverte de cette loi si importante, dont l'énoncé peut être considéré comme le point de départ de l'orientation nouvelle de l'obstétrique scientifique.

Dans le but de préciser l'influence de l'insertion basse du placenta sur la grossesse et sur le travail nous avons sollicité et obtenu de M. Pinard l'autorisation d'étudier tous les cas de ce genre qui ont été observés à la clinique Baudelocque pendant l'année 1903.

Nous avons retenu pour notre étude tous les cas que nous avons trouvés dans les registres de la clinique dans lesquels l'examen du délivre avait montré que le petit côté des membranes mesurait 10 centimètres et au-dessous.

Cette manière de procéder a déjà fait l'objet de maintes critiques ; on n'a pas manqué d'objecter que l'irrégularité de l'orifice de sortie à travers les membranes et la direction variable du grand axe de cette ouverture tantôt parallèle et tantôt perpendiculaire au bord du placenta sont des causes d'erreurs importantes qui peuvent faire à tort ajouter ou soustraire un certain nombre de faits aux cas vrais d'insertion basse. On ne saurait nier qu'il y a là une objection sérieuse, mais il n'en faut pas moins reconnaître, que les mensurations des membranes sur le délivre constituent encore le procédé le plus exact pour détermi-

ner quel était le point d'implantation du placenta sur la paroi utérine.

En procédant comme nous venons de l'indiquer, nous avons relevé pour un total de 2160 accouchements, 1420 cas, nous ne dirons pas d'insertion vicieuse mais d'insertion basse du placenta, soit une proportion de 65, 27 o/o.

Cette proportion pourra sembler exagérée si l'on ne veut pas s'affranchir de la conception étroite du « placenta prœvia » tel qu'il a régné pendant si longtemps. Mais quand nous parlons d'insertion basse du placenta, nous sommes loin d'entendre uniquement les cas dans lesquels les femmes ont eu des hémorrhagies plus ou moins abondantes dues au décollement du placenta dont le doigt peut sentir les cotylédons engagés dans le col utérin en avant de la présentation fœtale.

Insertion basse du placenta est pour nous synonime d'empiètement à un degré quelconque du placenta sur une zone de la paroi intérieure limitée par un cercle imaginaire passant à 10 centimètres au-dessus de l'orifice cervical. Tous les faits dans lesquels existe cet empiètement ont comme caractère commun la possibilité de complications très particulières pendant la grossesse, pendant le travail et qui vont faire l'objet de cette étude.

HISTORIQUE

L'attention des accoucheurs a été sans doute attirée, de tout temps, sur les hémorrhagies abondantes que l'on observe chez certaines femmes pendant la grossesse et pendant le travail ; il est impossible en effet de supposer que l'observation même la plus superficielle ait jamais pu laisser échapper des accidents assez sérieux pour amener trop souvent la mort des femmes et assez fréquente pour que de nos jours, on en observe une dizaine de cas en moyenne, chaque année, dans une grande maternité.

Ce fut plus particulièrement la question du traitement de ces hémorrhagies qui exerça d'abord la sagacité des médecins et des sages-femmes et, Louise Bourgeois, dite Bourcier (1) sage-femme de la Reine Marie de Médicis consacre à l'étude de cette question un important chapitre de ses œuvres en l'intitulant « qu'il y a un accident ou il faut promptement accoucher une femme à quelque terme que ce soit pour conserver sa vie ».

1. Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfans nouveaux naiz. Amplement traictées et heureusement pratiquées par Louise Bourgeois, ditte Bourcier, sage-femme de la Royne. Paris, 1609-1626.

Il faut arriver jusqu'à la fin du XVI[e] et surtout au XVII[e] siècle pour trouver dans la littérature médicale des idées vraiment scientifiques sur la pathogénie des hémorrhagies de la grossesse et du travail, car c'est à cette époque qu'apparaît seulement dans la science la notion si importante : la plupart des hémorrhagies de la grossesse et du travail sont dues au décollement prématuré du placenta. Les accoucheurs du temps furent mis sur la voie de cette découverte par l'observation clinique. C'est parce qu'ils constatèrent, par le toucher manuel pratiqué chez des femmes enceintes ou en travail qui perdaient du sang, qu'il était possible parfois de sentir directement des cotylédons placentaires décollés recouvrant l'aire de l'orifice utérin perméable ou dilaté qu'ils établirent entre les deux faits : *décollement placentaire* et *hémorrhagie* une relation de cause à effet.

Jusqu'à la fin du XVII[e] siècle, les observateurs s'en tinrent là dans l'étude des faits et ils se contentèrent de faire entrer et d'adopter les notions nouvelles dans le cadre de leurs connaissances.

Sous l'influence des idées Fallope, on admettait alors que le placenta s'insère toujours au fond de l'utérus. Les hémorrhagies de la grossesse et du travail et la présence du placenta sur l'orifice utérin dans certains de ces cas furent dès lors expliqués par un décollement du placenta et par son glissement du fond de l'utérus jusque sur l'orifice cervical. Et l'importance des idées théoriques était telle que l'adhérence du placenta au pourtour du col qu'on rencon-

trait dans certains cas fut attribuée à l'interposition de caillots sanguins entre le tissu utérin et le tissu placentaire.

Mauriceau (1) rapporte brièvement, dans une de ses observations, l'histoire d'une femme qui fut prise pendant sa grossesse d'une violente hémorrhagie ; seule l'extraction du fœtus amena la cessation de cette perte de sang qui « avait été causée par le détachement de l'arrière-faix qui se présentait le premier. »

La possibilité de l'insertion du placenta sur la partie basse de la paroi utérine et les rapports entre cette variété d'insertion placentaire et les hémorrhagies de la grossesse et du travail, furent reconnus pour la première fois en 1685 par Portal (2). Cet auteur écrit dans une de ses observations : « J'ouvris cet anneau (l'orifice interne) de telle sorte que je n'eus point de peine à porter ma main dans le fond de la matrice ou en la glissant je sentis le placenta qui environnait en dedans l'orifice interne ce qui était la cause de la perte de sang parce que lorsque l'ouverture de cet anneau se faisait, le placenta qui se trouvait contigu à cet orifice ; à cause de quelques contiguités qu'il a avec la matrice à l'endroit ou il est adhérent, cet orifice venant à s'ouvrir, il se divise, et en même temps les vaisseaux venant à se

1. Mauriceau. Observation sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des enfants nouveaunés. Paris, 1738. Observation LX.

2. Paul Portal. La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations. Paris, 1685, p. 234.

diviser, cela fait que le sang de la malade se perd en abondance et si elle n'est promptement secourue, elle meurt bientôt. »

Dans une autre observation, Portal (1) écrit encore : « Je glissai mes doigts plus avant où je sentis l'orifice interne ouvert à passer trois doigts, fort mollet, tendu, et délié ; et introduisant mes doigts, je sentis l'arrière-faix qui se présentait et était fort adhérent et attaché à l'orifice de la matrice de toutes parts ce qui causait cette grande perte de sang. »

P. G. Schacher (2), professeur Leipzig, pratiquant en 1709 l'autopsie d'une femme morte d'hémorrhagie au cours de sa grossesse trouve un placenta large et épais occupant le segment inférieur et obturant le col « ce placenta avait sans nul doute pris racine dans cette partie de l'utérus dès les premiers temps de la grossesse, car il n'était pas décollé, mais il adhérait si solidement à la matrice et au bord de l'orifice interne qu'on ne pouvait le séparer sans un certain effort. »

La première observation française explicite avec autopsie à l'appui fut celle qui fut communiquée en 1723 à l'Académie royale des Sciences par Petit, au nom de Dorlet et Enguenau ; on y lit : « une femme qui était au terme d'accoucher ayant été inutilement trois jours en travail avec des pertes de sang consi-

1. Paul Portal, *loc. cit.*, p. 291.

2. Dissert. inaug. de placenta utérine morbis, quam sub præsidio Polycapi, Gottlieb-Schachéri de Défendet Jacob-Christ. Scilems. Lipsice, 1709. D'après Nœgele et Grenser. *Traité pratique de l'art des accouchements*. Traduct. Dubenas, 1860, p. 687.

dérables mourut et on l'ouvrit pour découvrir ce qui l'avait empêchée d'accoucher. On trouve que le placenta qui doit être attaché au fond de la matrice, l'était au contraire à l'orifice interne et le bouchait exactement, excepté dans un endroit où il n'était pas collé et c'était par là que s'écoulait le sang des pertes ».

En 1732 (1) J. A. Frédéric, de Hambourg, signale explicitement l'insertion du placenta sur l'orifice de l'utérus et les hémorrhagies qui en résultent, et il insiste sur la conduite à tenir pour arriver dans ce cas jusqu'au fœtus et l'extraire : « Si l'on perce le placenta par son milieu, dit-il, il s'écoule une grande quantité de sang provenant tant de la mère que de l'enfant et ce dernier ne sera que rarement conservé. Si l'on décolle d'abord complétement le placenta pour l'enlever avant l'enfant, la vie de celui-ci ne sera pas moins menacée parce que le cours du sang se trouve entravé pendant assez longtemps, le meilleur procédé consiste donc à décoller le placenta d'abord d'un côté avec beaucoup de précautions, à extraire ensuite le fœtus par les pieds et à séparer enfin doucement le placenta qui reste encore adhérent ». On ne peut être plus explicite pour expliquer la disposition du « placenta prœvia ».

En 1734, Giffard (2) rapporte l'observation d'une femme qui eut une hémorrhagie très grave : « Je ne

1. J. A. Friederici « Dissert. inaug. med. de uterina gravidarum hemorrhagia. Argentorati », 1732 d'après Nœgele et Grenter, *loc. cit.*, p. 687.

2. Giffard. Cases in midroifery, London 1734, observations 115 et 116, cité par Cazeaux. *In Traité théorique et pratique de l'art des cacouchements.*

peux, dit-il, accepter comme toujours vraie, l'opinion de tous les auteurs qui disent que le placenta est toujours inséré sur le fond de l'utérus, car dans ce cas comme dans beaucoup d'autres j'ai toute raison de penser qu'il adhérait sur l'orifice interne ou tout auprès et qu'en se dilatant, celui-ci occasionna la séparation du délivre et par suite l'hémorrhagie. »

Malgré ces documents anatomo-cliniques, quelques-uns persistent à nier que les hémorrhagies de la grossesse et du travail dépendent de l'insertion du placenta sur la partie inférieure de la paroi utérine et ils continuent à penser qu'il faut incriminer le glissement du placenta de la partie haute vers la partie basse de la cavité utérine.

En 1734, Deventer (1) écrit : « Lorsque le placenta se détache de l'utérus et que sa partie la plus épaisse se présente à l'orifice, il empêche l'enfant de sortir. C'est ce qu'on sent d'abord au toucher, lorsque les deux doigts que l'on a introduits dans l'orifice de l'utérus ne trouvent ni la tête ni les membranes, mais au contraire une chair épaisse et molle qu'on distingue aisément de celle de l'enfant qui est toujours plus solide par elle-même à cause des os qu'elle revêt.

Un second signe de la chute du placenta est la perte de sang qui l'accompagne, quelquefois même avec tant d'abondance qu'elle met la mère et l'enfant dans un danger évident. »

Plusieurs années après, dans un mémoire devenu

1. Deventer. « Observations importantes sur le manuel des accouchements », 1734.

célèbre et spécialement consacré à l'étude des hémorrhagies de la grossesse, Puzos (1) insiste encore sur la chute du placenta du fond sur la partie basse de l'utérus sans même mentionner l'insertion du placenta au voisinage du col comme cause d'hémorrhagie. « Les pertes de sang sur la fin de la grossesse peuvent, dit-il, avoir différentes causes, mais la plus ordinaire est le décollement de quelques parties du placenta d'avec le fond de la matrice. »

Ce passage de Puzos est fort intéressant à retenir en passant pour montrer combien il est inexact d'attribuer à Puzos une méthode de traitement rationnel des hémorrhagies dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur ; c'est dans ce même mémoire où se trouve le passage que nous venons de rappeler, que Puzos préconise la rupture des membranes de l'œuf pour combattre les hémorrhagies de la grossesse, et c'est ce procédé auquel on a donné après coup le nom de méthode de Puzos pour le traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. Puzos ne parle guère de cette insertion !

Les dernières résistances en faveur de la théorie de l'hémorrhagie due au glissement du placenta du fond vers le col de l'utérus ne tardèrent pas à disparaître, quand Levret (1), la grande autorité du XVIII^e^ siècle en

1. Puzos. *Traité des accouchements* contenant des observations importantes pour la pratique de cet art. Quatre mémoires dont le premier a pour objet les pertes de sang chez les femmes grosses. Paris, 1759.

1. Levret. *Observation sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux avec des remarques*, Paris 1747-1750.

matière d'accouchement, eut publié en 1751 un travail d'ensemble, le premier sur la question, dans laquelle il traitait en détail de l'insertion du placenta sur le segment inférieur et des hémorrhagies qui en sont la conséquence pendant la grossesse et pendant le travail.

Pendant plus d'un siècle et demi, les accoucheurs s'en sont tenus à cette notion de l'hémorrhagie, symptôme unique de l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Pour tous les accoucheurs dans la plus grande partie du XIX^e^ siècle la symptomatologie de l'insertion vicieuse du placenta, du placenta prœvia, comme on l'appelle, se résume dans ces pertes de sang, répétées surtout pendant les derniers mois de la gestation et pendant le travail. Ces hémorrhagies peuvent d'ailleurs être si abondantes que leur apparition effraie les meilleurs ; et Paul Dubois de s'écrier : « Si jamais je devais renoncer à la pratique des accouchements, ce serait à cause des hémorrhagies ». Dans les traités classiques, Gardien (2), Chailly (3), Cazeaux (4), etc., l'étude clinique de l'insection vicieuse du placenta n'est que l'exposé de l'allure et du mécanisme de l'hémorrhagie.

Les observations qui sont publiées dans les revues et les journaux scientifiques ont trait à des faits dans lesquels on met surtout en relief le résultat

2. Gardien. *Traité complet d'accouchements*. Paris, 1807-1816.

3. Chailly. *Traité pratique de l'art des accouchements*. Paris, 1845.

4. Cazeaux. *Traité théorique et pratique des accouchements*, Paris, 1853.

fourni par telle ou telle méthode de traitement. Et c'est en effet du côté du traitement de la redoutable complication que portent tous les efforts et toutes les recherches. Les uns ont comme objectif d'évacuer l'utérus avec rapidité suivant le précepte de Louise Bourgeois ; les autres font le tamponnement vaginal suivant la méthode de Leroux ; ce sont les plus nombreux ; d'autres encore font la version bipolaire, par manœuvres combinées ; à la Braxton-Hicks. Et c'est encore dans l'espoir d'en retirer des conclusions applicables à la thérapeutique obstétricale que quelques-uns s'attachent à l'étude du mécanisme de l'hémorrhagie. Mais là encore le désaccord est entier ; les uns incriminent le glissement du placenta sur la paroi utérine ; d'autres avec Jacquemier et Cazeaux le glissement de la paroi utérine sur le placenta.

Tandis que ces discussions de thérapeutique et de pathogénie se continuent, tantôt avec modération et tantôt avec vivacité, un mémoire paraît dans les *Annales de gynécologie* pour l'année 1886, qui d'emblée agrandit dans des proportions considérables le cadre de l'insertion vicieuse du placenta et déduit en même temps de constatations cliniques précises les principes d'une thérapeutique rationnelle et suivie.

A l'époque où paraît ce travail, les idées des accoucheurs sur la rupture prématurée des membranes ont fini par se fixer d'une façon à peu près définitive en l'état suivant : la rupture prématurée des membranes constitue une anomalie dans l'ordre de succession des phénomènes mécaniques du travail ; cette

anomalie s'observe dans les cas où avec une fragilité particulière des membranes il y a une cause qui augmente la tension intra-utérine (hydramnios, grossesse gémellaire), ou qui empêche l'engagement de la présentation dans le bassin et la protection des membranes par une partie fœtale volumineuse et régulière (rétrécissement du bassin, présentation vicieuse). Quelquefois même, une contraction utérine un peu violente survenant à l'occasion d'une vive impression physique ou morale suffit à faire éclater ces membranes friables.

Or, en 1886 cette question et celle du placenta prœvia changent complétement de face. M. Pinard démontre à l'aide de documents anatomiques et cliniques réunis depuis plusieurs années, que la rupture prématurée des membranes est sous la dépendance presque exclusive d'une insertion du placenta sur le segment inférieur.

A partir de cette époque l'influence de l'insertion basse du placenta sur la marche et la durée de la grossesse, est détaillée et contrôlée dans un grand nombre de publications dans l'énumération desquelles nous n'entrerons pas.

Nous nous bornerons à citer ceux qui, à la suite de M. Pinard ont contrôlé et vérifié les assertions du maître : Varnier (1), Lacaille (2), Berta, Dyllion (3), Maggiar (4), etc.

1. Varnier. *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, 1888
2. Lacaille. Thèse Paris, 1882.
3. Dyllion. Thèse Paris, 1890.
4. Maggiar. Thèse Paris, 1894.

CHAPITRE I

Rapports de l'insertion basse du placenta avec les hémorrhagies de la grossesse et du travail.

L'hémorrhagie est le premier symptôme clinique de l'insertion basse du placenta qui ait attiré l'attention des accoucheurs; elle l'a retenue trop longtemps d'une façon exclusive. C'est cependant par l'étude de cette complication que nous allons débuter.

Dans les 1420 cas d'insertion basse du placenta qui furent observés en 1903 à la clinique Baudelocque, on n'a noté des hémorrhagies que dans 71 cas, soit 5 o/o.

Cette proportion minime mérite d'obtenir particulièrement l'attention. Elle contredit l'opinion anciennement reçue et vient à l'appui de la théorie soutenue par M. Pinard.

Dans l'insertion basse du placenta l'hémorrhagie constitue l'exception.

De la fréquence peu cnosidérable des hémorrhagies dans le cas de placentas bas nous pouvons encore tirer cette autre conclusion intéressante au point de vue clinique :

On ne doit pas compter sur l'existence de pertes de sang pendant le cours de la grossesse pour établir le diagnostic d'insertion basse du placenta.

Quand ces hémorrhagies se produisent, elles facilitent le diagnostic ; mais leur absence est loin de signifier que le bord inférieur du placenta est au-dessus de la zone dangereuse de Barnes.

Si nous cherchons à déterminer la fréquence des hémorrhagies suivant le nombre des grossesses, nous trouvons que sur 71 cas il s'agissait 24 fois de primipares et 47 fois de multipares.

Les hémorrhagies sont donc plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares, mais si nous tenons compte que des 1420 femmes qui font l'objet de notre étude, 568 seulement étaient des primipares, nous voyons que les hémorrhagies se sont produites : dans la proportion de 4,22 o/o chez les primipares et dans la proportion de 5,51 o/o chez les multipares, soit dans des proportions sensiblement égales.

Nous nous sommes posé la question de savoir si l'étendue de l'empiètement du placenta sur le segment inférieur pouvait avoir une influence sur la fréquence des hémorrhagies et nous sommes arrivé au résultat suivant :

Pour 78	placent.	à 0 cm.	de l'orifice	utérin.	13 hémorrh.	16,66 o/o
40	—	1 cm.	—		3 —	7,55 o/o
89	—	2 cm.	—		5 —	5,61 o/o
83	—	3 cm.	—		4 —	4.81 o/o
134	—	4 cm.	—		9 —	6,71 o/o
182	—	5 cm.	—		10 —	5,43 o/o
141	—	6 cm.	—		4 —	2,83 o/o
143	—	7 cm.	—		2 —	1,40 o/o
177	—	8 cm.	—		5 —	2,82 o/o
124	—	9 dm.	—		5 —	4 o/o
229	—	10 cm.	—		11 —	4,80 o/o

Sans vouloir tirer de ces chiffres des conclusions trop absolues nous voyons donc que :

Les hémorrhagies sont d'autant plus fréquentes que le placenta est inséré plus près de l'orifice utérin.

Dans notre statistique la fréquence des hémorrhagies est environ de 8 o/o pour les cas où le placenta était inséré à moins de 5 cm. de l'orifice utérin, et de moins de 4 o/o seulement dans les cas où le bord inférieur du placenta n'était que de 5 à 10 cm. au-dessus du col. Les hémorrhagies ont été surtout fréques (16,66 o/o) dans les cas où le placenta affleurait l'orifice utérin.

Les considérations précédentes s'appliquent aussi bien aux hémorrhagies de la grossesse qu'aux hémorrhagies du travail liées à l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Nous allons maintenant envisager plus particulièrement les hémorrhagies de la grossesse.

Hémorrhagies de la grossesse.

Soixante-deux femmes chez lesquelles le placenta était inséré sur la partie basse de l'utérus ont présenté des hémorrhagies pendant leur grossesse.

Une première question à élucider est celle de savoir pourquoi cette complication a été observée. Nous venons de voir que l'empiétement large du placenta sur le segment inférieur peut expliquer, dans une certaine mesure, la fréquence des hémorrhagies pendant la grossesse. *Mais cette cause ne peut être la seule.*

Parmi les 62 femmes en question ; il en est, en effet, chez lesquelles le placenta était inséré à 8, 9 et 10 cms de l'orifice utérin. Et du reste, parmi les 1358 autres femmes de notre statistique qui n'ont pas présenté d'hémorrhagie de la grossesse, il en est beaucoup chez lesquelles le placenta était inséré à moins de 5 cm. de l'orifice utérin. Il faut donc chercher ailleurs.

Parmi les 62 femmes qui ont perdu du sang pendant leur grossesse on trouve :

Journalières.	14
Mécaniciennes.	10
Domestiques.	8
Ménagères.	6
Blanchisseuses.	5
Couturières travaillant à la machine.	5
Rempailleuses.	2
Matelassière.	1

De ces 51 femmes 48 exerçaient leur profession à l'époque de leur grossesse où elles perdirent du sang, 3 seulement se reposaient dans une Maternité ou dans un Asile et encore depuis moins de huit jours, 11 autres femmes exerçant des professions diverses, mais moins pénibles que les précédentes, ne se reposaient pas à l'époque de la grossesse où l'hémorrhagie se produisit.

En présence de ces chiffres il nous sera permis de conclure que :

Les hémorrhagies de la grossesse dues à l'insertion basse du placenta s'observent surtout chez les femmes qui se livrent à des travaux fatigants pendant leur grossesse.

Cette notion nous conduira à un précepte pratique dont l'importance est considérable :

Pour mettre à l'abri d'une hémorrhagie, parfois mortelle, les femmes enceintes chez lesquelles on soupçonne une insertion basse du placenta, il faut leur recommander plus qu'à toutes les autres de garder le repos pendant leur grossesse.

C'est sans doute parce que ce précepte est mis plus souvent en pratique de nos jours par les médecins, par les sages-femmes et par les femmes elles-mêmes qu'il faut attribuer la différence observée entre les caractères des hémorrhagies de la grossesse tels qu'ils se présentent dans nos cas et ceux qu'il est habituel de décrire comme classiques.

Les 62 cas que nous étudions se divisent de la façon suivante au point de vue des caractères présentés par l'hémorrhagie.

A. — Vingt-huit fois il y eut un écoulement de sang plus ou moins abondant qui dura quelques heures au minimum et huit jours au maximum et qui ne se renouvela pas dans les suites de la grossesse. Cet écoulement fut observé :

Dans le	1er	mois 2 fois
»	2e	» 3 »
»	3e	» 3 »
»	4e	» 4 »
»	5e	» 2 »
»	6e	» 2 »
»	7e	» 3 »
»	8e	» 3 »
»	9e	» 6 »

B. — Trente fois les hémorrhagies présentent le caractère de répétition qu'il est classique de leur attribuer. Ces hémorrhagies furent très variables comme nombre et comme date d'apparition. Tantôt il n'y en eut que deux dans le cours de la grossesse, tantôt au contraire des hémorrhagies très fréquentes et à intervalles variables furent observées pendant toute la durée de la grossesse.

Onze fois les hémorrhagies ne se produisirent que pendant la première moitié de la grossesse.

Douze fois elles n'apparurent qu'après 4 mois 1/2 et à une époque plus ou moins voisine du terme de la gestation.

Sept fois elles se montrèrent par intervalles pendant la première et la deuxième moitié de la grossesse.

Cette dernière catégorie est particulièrement intéressante, car nous y relevons quatre cas dans lesquels les hémorrhagies revinrent assez périodiquement pour que l'on pût croire qu'il s'agissait des règles. Ce sont sans doute des cas de ce genre qui ont fait dire à certains accoucheurs que les femmes enceintes peuvent avoir leurs règles pendant la grossesse et parfois même ne les avoir que pendant la grossesse.

Mais dans tous ces cas, en examinant les choses d'un peu près, on s'est aperçu que ces soi-disant règles ne présentaient ni l'abondance, ni la durée, ni la périodicité exacte des règles véritables.

C. — Quatre fois les pertes de sang ont présenté une abondance et une durée particulières.

Dans un seul de ces cas l'hémorrhagie ayant duré trois semaines, la grossesse continua à évoluer jusqu'à terme. Dans les trois autres cas la grossesse fut interrompue et se termina deux fois par un avortement une fois par un accouchement prématuré.

Il faut donc toujours se méfier de l'interruption d'une grossesse au cours de laquelle se produit une hémorrhagie longue et abondante.

Quelle a été la durée de la grossesse et quel a été le développement de l'enfant chez les 62 femmes qui ont eu des pertes de sang pendant leur grossesse?

En éliminant :

Deux femmes : l'une syphilitique et l'autre albuminurique qui ont expulsé des produits de conception morts et macérés, six autres femmes chez lesquelles la durée de la grossesse n'a pu être déterminée faute de renseignements sur l'époque des dernières règles et qui ont expulsé des enfants pesant respectivement 2.210 grammes, 2.500 grammes, 3.000 grammes, 3.080 grammes, 3.100 grammes, 3.500 grammes ; nous trouvons que la grossesse s'est terminée en comptant à partir du dernier jour des règles :

Du 90e au 120e jour : une fois, enfant de 530 grammes.

Du 120e au 150e jour : deux fois, enfants de 900 à 950 grammes.

Du 150e au 180e jour : une fois, enfant de 1.050 grammes.

Du 180e au 210e jour: trois fois, enfants, 1200-1.340-1880 grammes.

Du 210e au 240e jour : trois fois, enfants de 1800-1.950-2.025 grammes.

Du 240e au 270e jour : Vingt-et-une fois, soit :

Pour 11 primipares par l'expulsion d'enfants pesant :

de 2000 à 2500 gr.	1
de 2500 à 3000 gr.	4
de 3000 à 3500 gr.	6

Pour 10 multipares par l'expulsion d'enfants pesant :

de 2000 à 2500 gr.	2
de 2500 à 3000 gr.	2
de 3000 à 3500 gr.	6

Au delà de 270 jours : 23 fois soit :

a) Pour 8 primipares par l'expulsion d'enfants pesant :

de 2500 à 3000 gr.	4
de 3000 à 3500 gr.	3
plus de 3500 gr.	1

b) Pour 15 multipares par l'expulsion d'enfants pesant :

de 2500 à 3000 gr.	4
de 3000 à 3500 gr.	8
de 3500 à 4000 gr.	2
plus de 4000 gr.	1

Parmi les enfants qui ont été expulsés au delà du 240me jour après les règles : deux sont morts pen-

dant le travail et un a succombé quelques instants après la naissance. Les autres sont sortis vivants du service.

Dans notre statistique, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer d'hémorrhagie grave ayant compromis la vie de la mère. Les hémorrhagies les plus graves que nous ayons trouvées se sont terminées par avortement ou accouchement prématuré et la vie des femmes s'est ainsi trouvée mise spontanément à l'abri du danger. Mais il est loin d'en être toujours ainsi et l'on est obligé parfois d'interrompre la grossesse comme dans le cas suivant observé à la clinique Baudelocque :

OBSERVATION I

Extraite du fonctionnement de la Clinique Baudelocque (1901).

Placenta sur le segment inférieur. Hémorrhagies de la grossesse. Rupture artificielle des membranes. Ballon Champetier. Enfant mort pendant le travail. Extraction du siège.

S. C.., 32 ans. Entre le 11 février à 10 heures matin.

Accouchements antérieurs. Cinq accouchements à terme, spontanés, enfants vivants s'étant présentés par le sommet.

Grossesse actuelle. — D. R. 15-20 mai, H. U. : 34 centimètres.

Le 6 février. — Hémorrhagie qui dure 1 heure, assez abondante, et qui s'arrête spontanément. Repos au lit jusqu'au lendemain puis la femme reprend ses occupations.

Le 11 février. — A 2 heures matin, nouvelle perte plus abondante, que la première. La femme fait appeler une sage-femme qui lui conseille de venir à la Clinique. Elle y vient à 10 heures du matin. Aspect général assez bon. P. : 96. T. : 36°8. Siége très élevé en D. T. Enfant vivant. Au toucher : Col dilatable comme 2 francs ; membranes intactes ; on arrive sur le placenta qui est à gauche affleurant les bords de l'orifice et qui paraît en partie décollé :

A 10 h. 45, M. Paquy, qui examine la femme retire une notable quantité de caillots du vagin.

A 11 h. 30, M. Paquy rompt artificiellement les membranes et introduit un ballon Champetier (grand modèle), gonflé avec 600 grammes de liquide.

A 11 h. 45 : apparition de la première contraction douloureuse. Les contractions se succèdent alors assez régulièrement.

Midi : les bruits du cœur fœtal sont à 84 : les pulsations de la mère varient entre 80 et 100, mais le pouls est faible.

A 1 heure du soir, la dilatation est de 2 francs ; la femme perd de temps en temps un filet de sang. Les bruits du cœur sont à 72.

A 3 heures du soir le pouls maternel faiblit davantage, il est mal frappé (injection de sérum salin 300 gr.) le pouls monte à 94 il est bien frappé. Les bruits du cœur fœtal sont à 66 ; à 4 heures du soir, ils ne sont plus perçus. Contractions toujours régulières, mais depuis 2 heures la dilatation est restée stationnaire à 5 fr. ; on a cependant fait manœuvrer le ballon pendant les contractions. L'utérus qui se laissait palper s'est tétanisé à partir du moment ou les bruits du cœur fœtal ont cessé. Le ballon appuyant mal sur l'orifice, M. Couvelaire enlève un peu de liquide ; presque aussitôt les contractions deviennent plus fortes et plus régulières (toutes les 5 minutes environ) et à 5 h. 50 le ballon est expulsé.

La dilatation est complète ; par le toucher on arrive sur une grande partie du placenta, sur le cordon qui ne bat plus et sur un genou.

La main introduite dans le vagin, on passe à côté du placenta ; deux doigts sont placés dans le creux poplité ; tractions sur le genou correspondant qu'on parvient à faire descendre dans le vagin ; mais il est impossible de défléchir la jambe.

Mlle Roze prévenue abaisse un pied, l'amène au dehors ; elle éprouve de grandes difficultés pour dégager le siége et n'y parvient qu'après 5 minutes de tractions lentes et continues. Extraction d'un garçon mort-né du poids de 3.450 grammes.

Délivrance artificielle immédiate suivie d'un lavage utérin. La femme étant très pâle on fit une injection de 500 grammes de sérum salin. P: 128. T. : 3705. Membranes déchirées.

Suites de couches apyrétiques.

Hémorrhagie du travail.

Dans 14 cas, il y a eu hémorrhagie au moment du travail, ce qui fait une proportion de 1 sur 100 cas environ d'insertion basse du placenta.

Les hémorrhagies pendant le travail constituent donc une complication rare de l'insertion basse du placenta.

Dans 5 cas les hémorrhagies du travail ont été précédées d'hémorrhagies pendant la grossesse :

a) Trois fois il y avait eu des pertes de sang intermittentes pendant la grossesse, mais l'hémorrhagie était arrêtée au moment où le travail débuta.

b) Deux fois les femmes perdaient du sang depuis 3 et 12 jours quand le travail débuta.

Dans les 8 autres cas, l'hémorrhagie apparut pour la première fois à une période plus ou moins avancée du travail.

Dans 9 cas, l'hémorrhagie cessa définitivement après la rupture artificielle des membranes qui fut faite :

1 fois le col étant dilaté comme 1 franc.
2 fois — — comme 2 francs.
3 fois — — comme 5 francs.
3 fois la dilatation égalant une paume de main.

Dans 2 cas l'hémorrhagie, de moyenne intensité ; se produisit pendant le travail bien que les menbranes fussent rompues prématurément dans un cas, et précocement dans l'autre, il s'agit là de cas exceptionnels sur lesquels nous aurons à revenir à propos de la rupture prématurée des membranes.

Enfin dans 3 cas l'hémorrhagie persistant après la rupture artificielle des membranes, on fut obligé de recourir à l'emploi du ballon de Champetier et d'extraire ensuite l'enfant.

La mortalité fœtale a été très élevée dans les cas où l'insertion basse du placenta a déterminé une hémorrhagie pendant le travail. Sur 15 enfants, 5 sont morts pendant le travail et un quelques instants après la naissance.

Les hémorrhagies du travail que l'on observe dans les cas d'insertion du placenta au segment inférieur constituent une des complications les plus redoutables qui puissent menacer la vie de l'enfant.

On peut dire que de nos jours, nos accoucheurs sont puissamment armés contre les hémorrhagies du travail dues à l'insertion basse du placenta et ils sont loin d'éprouver la véritable terreur que ressentaient il n'y a pas longtemps encore des accoucheurs comme Paul Dubois. C'est qu'ils possèdent dans la rupture large des membranes suivant la méthode de M. Pinard, et éventuellement dans l'emploi du ballon de Champetier de Ribes, deux moyens thérapeutiques dont l'efficacité presque absolue n'est plus à démontrer.

Cependant les femmes peuvent encore mourir par suite d'un concours de circonstances malheureuses, exceptionnelles du reste malgré l'emploi des deux méthodes que nous venons d'indiquer. Nous relevons dans notre statistique deux cas de mort par hémorrhagie dans les cas d'insertion basse du placenta. Nous allons rapporter ces deux observations bien que l'une d'elles se rattache assez indirectement à notre sujet puisqu'il s'agit d'une hémorrhagie pendant la délivrance :

OBSERVATION II (Inédite).

Recueillie à la Clinique Baudelocque dans le service de M. le professeur Pinard.

Insertion basse du placenta. Hémorrhagies pendant le travail. Application de forceps et délivrance artificielle. Enfant mort. Mort de la mère le deuxième jour après l'accouchement.

Trente-quatre ans, domestique, primipare. D. R. commencement de mars 1902. Aucune particularité pendant la grossesse autre que l'albumine.

La femme vient à la Clinique Baudelocque, le 11 décembre 1903 à 9 heures du matin.

Examen à l'entrée. — Présentation de l'extrémité céphalique non engagée en position droite ; col en voie d'effacement, membranes intactes : les bruits du cœur de l'enfant sont bons ; l'utérus mesure 33 cm., albumine dans l'urine.

Le travail ne présente d'abord rien de particulier, mais à mesure que la dilatation du col s'effectue, un suintement sanguin continu et peu abondant se produit par la vulve, et le doigt pratiquant le toucher vaginal arrive directement sur les cotylédons placentaires. On rompt alors artificiellement les membranes. L'écoulement sanguin continuant et le pouls s'accélérant au-dessus de 100 on met dans la cavité utérine un ballon de Champetier de Ribes d'une contenance de 380 grammes.

Sept heures après son placement le ballon est expulsé, derrière lui sortent des caillots sanguins et du sang liquide en assez grande quantité. La dilatation étant jugée insuffisante pour que l'on pratique l'extraction de l'enfant, on introduit dans l'utérus un deuxième ballon d'une contenance de 600 grammes.

Bien que l'hémorrhagie externe cesse après le placement de ce second ballon, le pouls de la femme s'accélère de plus en plus et passe de 112 à 120, à 144 puis à 172 pulsations par minute.

Devant l'imminence du danger, on manœuvre le ballon, puis aussitôt qu'il a été extrait entièrement gonflé, on fait une application de forceps sur la tête élevée, et on extrait sans difficultés un enfant de 3300 grammes qui ne présente plus de battements du cœur. Aussitôt après l'extraction on fait la délivrance artificielle qui ne présente aucun incident. Le placenta pèse 560 grammes ; les membranes mesurent 35 o/o.

Malgré les injections massives de sérum physiologique, les piqûres de caféïne et d'éther qui ont été faites pendant toute la durée du travail et de l'intervention l'état général de la femme

reste extrêmement grave et elle finit par succomber 24 heures après l'accouchement.

OBSERVATION III (Inédite).

Recueillie à la Clinique Baudelocque dans le service de M. le professeur Pinard,

Accès dits éclamptiques pendant la période d'expulsion chez une femme ayant un placenta sur le segment inférieur. Application de forceps et délivrance artificielle. Mort par hémorrhagie.

Dix-huit ans, mécanicienne, primipare; D. R. Du 24 au 28 février 1903. N'a rien présenté de particulier pendant sa grossesse ; les urines n'ont pas été examinées.

Cette femme entre à la salle de travail de la Clinique Baudelocque le 9 décembre 1903 à 9 heures du soir ayant des douleurs depuis deux heures.

Examen à l'entrée. Présentation de l'extrémité céphalique non engagée en position droite. Hauteur utérine 35 centimètres; le col est dilaté comme une pièce de 1 franc. Les bruits du cœur fœtal sont bons. L'examen des urines fait à la salle de travail semble déceler une petite quantité d'albumine, mais l'analyse d'un échantillon de l'urine, recueilli à l'entrée de la malade, et faite par l'interne en pharmacie du service démontra ultérieurement qu'il y avait absence complète d'albumine.

Le travail ne présente aucune particularité et la dilatation du col est complète 9 heures après l'entrée de la femme dans le service.

Pendant qu'elle fait des efforts d'expulsion la femme est prise brusquement d'une violente crise convulsive à type éclamptique. On lui donne du chloroforme ; avec un linge on applique la langue sur le plancher buccal et M. Delestre, chef de clinique, fait

rapidement une application de forceps en occipito-pubienne. L'enfant qui pèse 3900 grammes est ranimé au bout de quelques instants par M. Pinard qui désobstrue les voies respiratoires à l'aide du tube de Ribemont.

Quelques instants après l'extraction du fœtus un flot de sang s'échappe tout à coup hors des organes génitaux ; la femme devient très pâle et tombe dans un état syncopal. M. Delestre fait sans incident la délivrance artificielle et extrait un placenta pesant 650 grammes dont les membranes mesurent 33/7. Injection intra-utérine prolongée avec de l'eau à 50 degrés. Compression de l'aorte. Piqûre d'éther.

L'hémorrhagie étant arrêtée la malade est replacée dans son lit. On lui injecte sous la peau 2 litres de sérum artificiel, on lui fait respirer de l'oxygène. Malgré l'emploi de tous ces moyens l'état général de la femme devient de plus en plus mauvais, la respiration s'embarrasse la femme succombe une heure et demie après l'accouchement, sans avoir repris connaissance.

CHAPITRE II

Influence de l'insertion basse du placenta sur la rupture des membranes.

On admet que normalement la poche des eaux doit se rompre pendant le travail au moment de la dilatation complète du col. La rupture des membranes est alors dite tempestive.

La plupart des cas dans lesquels ce type physiologique ne se rencontre pas (les membranes se rompant soit pendant le travail avant la dilatation complète soit en dehors du travail), sont des cas dans lesquels le placenta est inséré sur le segment inférieur. On n'admet plus aujourd'hui qu'à titre de très grande exception l'influence de l'hydramnios, de la grossesse gémellaire, du rétrécissement du bassin, etc., toutes causes qui étaient seules connues avant le mémoire de M. Pinard.

Sur 1420 cas d'insertions basses du placenta nous trouvons 280 fois une rupture prématurée des membranes, 229 fois une rupture précoce. Ces chiffres comparés à ceux qui indiquent la fréquence des hémorrhagies dans le cas d'insertion basse du placenta (62 cas relevés par nous) nous autorisent à tirer cette conclusion :

La rupture prématurée et la rupture précoce des membranes constituent de beaucoup les accidents les plus fréquents de l'insertion du placenta au segment inférieur.

Le nombre des grossesses a de l'influence sur cette rupture. Nous trouvons :

Pour 230 primipares : 111 ruptures prématurées, 119 ruptures précoces.

Pour 270 multipares : 169 ruptures prématurées, 110 ruptures précoces.

Etant donné que sur les 1420 femmes de la statistique il y a seulement 568 primipares et 852 multipares nous pouvons conclure :

La rupture prématurée et la rupture précoce des membranes s'observent plus fréquemment chez les primipares que chez les multipares.

Nous avons cherché à déterminer si le degré d'empiétement du placenta sur le segment inférieur avait une influence sur la fréquence de la rupture prématurée et de la rupture précoce des membranes, nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Pour	78	plac.	à 0 cm.	de l'orif.	utér. s.	14	rupt. prém.	11 rupt. préc.
	40	—	1 cm.	—		10	9	—
	89	—	2 cm.	—		15	14	—
	83	—	3 cm.	—		17	15	—
	134	—	4 cm.	—		24	25	—
	182	—	5 cm.	—		34	34	—
	141	—	6 cm.	—		29	18	—
	143	—	7 cm.	—		27	22	—
	177	—	8 cm.	—		40	27	—
	124	—	9 cm.	—		36	28	—
	229	—	10 cm.	—		34	26	—

En établissant le pourcentage de ces chiffres nous voyons que quel que soit le degré d'empiétement du placenta sur le segment inférieur la fréquence de la rupture prématurée et précoce des membranes oscille entre 32 et 51 o/o, sans que l'on puisse en tirer des conclusions certaines en faveur de la fréquence plus ou moins grande de la rupture prématurée ou précoce suivant le degré d'empiétement plus ou moins considérable du placenta sur le segment inférieur.

La fréquence de la rupture précoce ou prématurée des membranes se montre nettement dépendante du fait que les femmes ne se sont pas reposées pendant leur grossesse. En effet nous trouvons pour 280 cas de rupture prématurée que la profession des femmes a été :

Ménagères	54
Domestiques	32
Mécaniciennes	30
Couturières	30
Journalières	25
Blanchisseuses	20
Femme de chambre	12
Cuisinières	10
Brocheuses	8
Employées de commerce	6
Infirmières	4

Soit un total de 241 cas dans lesquels les femmes, à l'exception de 15 qui se reposaient depuis un temps variable dans un Asile ou dans une Maternité, exer-

çaient une profession pénible à l'époque de la grossesse où s'est produite la rupture prématurée des membranes. Et nous conclurons :

La rupture prématurée des membranes s'observe surtout et dans des proportions ae beaucoup les plus considérables, chez les femmes qui continuent à travailler pendant leur grossesse et qui ont une insertion basse du placenta.

Un point de l'histoire de la rupture prématurée des membranes sur lequel M. Pinard a plus spécialement attiré l'attention, est l'histoire des rapports entre cette rupture prématurée et les hémorrhagies de la grossesse et du travail.

Sur 280 cas où il y eut rupture prématurée des membranes, 5 fois seulement une hémorrhagie fut observée pendant les derniers jours de la grossesse et pendant le travail.

C'est ce fait que M. Pinard met en relief dans cette phrase souvent citée : « Une femme qui perd de l'eau ne perd pas de sang ».

Les cas exceptionnels dans lesquels il se produit une hémorrhagie malgré l'écoulement prématuré du liquide amniotique se divisent en deux catégories, suivant que l'écoulement sanguin est dû à un décollement direct du placenta sous l'influence de l'engagement de la présentation dans le bassin, ou que l'orifice de rupture des membranes étant très petit le tiraillement continue à s'exercer sur le placenta par un mécanisme sur lequel nous n'avons pas à insister.

Nous avons également cherché à établir quel est le

temps qui peut séparer la rupture prématurée des membranes du début du travail. Nos recherches nous ont donné :

a) Pour 59 multipares :

35 fois dans les 12 heures qui ont suivi la rupture ;

12 fois entre 12 et 24 heures après la rupture ;

7 fois entre 24 et 48 heures après la rupture ;

5 fois le troisième jour après la rupture ;

1 fois le cinquième jour après la rupture.

b) Pour 89 multipares :

85 fois dans les 12 premières heures après rupture ;

11 fois entre 12 et 24 heures après rupture ;

5 fois entre 24 et 48 heures après rupture ;

6 fois le troisième jour après rupture ;

2 fois le quatrième jour après rupture ;

1 fois le douzième jour après rupture.

Nous conclurons donc que dans la majorité des cas, le travail a débuté dans les 12 heures qui ont suivi la rupture prématurée des membranes.

CHAPITRE III

Influence de l'insertion basse du placenta sur l'accommodation du fœtus.

La présence du placenta sur le segment inférieur détermine à la partie inférieure de la cavité utérine des modifications qui ont leur retentissement sur l'attitude du fœtus.

Le placenta forme une sorte de doublure à la paroi utérine dont il augmente l'épaisseur. Il diminue la capacité de la partie inférieure de la cavité utérine. Celle-ci tend à avoir les dimensions de beaucoup inférieures à la normale.

En doublant la paroi utérine, le placenta crée pour ainsi dire un rétrécissement mou du D. S. qui agit au point de vue de l'accommodation du fœtus de la même façon qu'un rétrécissement osseux.

Là ne se bornent pas les modifications apportées dans le segment inférieur par la présence du placenta. Barnes avait déjà signalé une sorte d'aplasie des parois du segment inférieur qu'il décrivait comme un « défaut de maternité ».

Les recherches récentes de Bayer semblent avoir

donné la preuve anatomique du fait avancé par Barnes. Il résulterait en effet de ces recherches que les fibres musculaires de la paroi du segment inférieur présentent un défaut de développement et sont moins nombreuses que dans les cas où la paroi du segment inférieur est libre d'insertion placentaire. A ces modifications histologiques correspondrait un manque d'élasticité des parois du segment inférieur, il y aurait là une nouvelle cause d'empêchement à la descente de la présentation fœtale. Toutes ces conditions réunies nous expliquent pourquoi les présentations anormales sont plus fréquentes pendant la grossesse lorsque le placenta est inséré bas. Défaut de capacité de la cavité du segment inférieur rétrécissement mou du D. S. manque d'élasticité de la paroi du segment inférieur aplasié et doublé de tissu placentaire inextensible ; toutes conditions qui réunissent leurs effets pour empêcher l'accommodation pelvienne.

Chez les multipares, le défaut d'accommodation du fœtus dans les cas d'insertion basse du placenta n'est pas très remarquable. La perte de résistance de la paroi abdominale et les modifications qui se produisent dans l'épaisseur de la paroi utérine du fait des grossesses répétées, tout cela peut suffire à entraver l'accommodation fœtale même lorsque le placenta est inséré sur le fond de l'utérus.

Il n'en est pas de même chez les primipares. Lorsque dans les deux derniers mois de la grossesse la tête de l'enfant n'est pas engagée, il faut toujours penser à la possibilité d'une insertion basse du pla-

centa lorsqu'il n'existe ni rétrécissement du bassin ni excès de volume de la tête fœtale.

Dans bien des cas, lorsque le placenta est inséré bas, la tête fœtale qui se présente semble suspendue au-dessus du détroit supérieur et lorsque l'accoucheur cherche à la faire pénétrer dans le bassin, il éprouve une résistance molle qui peut conduire les cliniciens expérimentés au diagnostic.

Une autre manifestation de la non accommodation fœtale, dans l'insertion basse du placenta, est fournie par la fréquence des présentations anormales. Sous ce rapport signalons une triade symptomatique qu'il est courant de rencontrer en clinique à savoir: présentation du siége décomplète, mode des fesses ; accouchement prématuré ; placenta au segment inférieur tout cela observé chez une femme primipare.

C'est ainsi que dans sa thèse, Néret trouve sur 373 cas de présentations du siège, 85 ruptures prématurées des membranes et 76 insertions basses du placenta.

Sur 1420 cas d'insertions basses du placenta nous trouvons : 40 présentations du siége dont 16 décomplétés ; dans 12 cas il s'agissait de primipares dans 28 cas multipares.

Il y a eu sept présentations de la face dont trois chez primipares, quatre chez multipares.

CHAPITRE IV

Influence de l'insertion basse du placenta sur la durée de la gestation.

Ce que nous avons dit à propos de la rupture prématurée des membranes est entièrement applicable à l'histoire de l'influence de l'insertion basse du placenta sur la durée de la gestation. En effet nous avons vu que dans tous les cas sauf un, le travail s'est déclaré cinq jours au maximum après la rupture des membranes.

Mais il est un autre côté de la question qu'il convient d'envisager. L'accouchement prématuré peut se faire en effet en dehors de toute rupture prématurée des membranes.

Pour apprécier l'influence exacte de l'insertion basse du placenta sur la durée de la gestation, nous avons éliminé la méthode qui eût consisté à rechercher combien de temps après le dernier jour des règles l'accouchement a eu lieu, cette méthode n'aurait pu en effet nous conduire qu'à des résultats assez incertains car menstruation, fécondation, début de la gestation, sont des choses très différentes entre lesquel-

les il nous est impossible d'établir des rapports exacts.

Nous avons préféré rechercher d'après le poids l'état de développement des enfants au moment de la naissance. Nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Enfant pesant moins de 500 grammes 2.
— de 500 à 1000 gr. 22.
— de 1000 à 1500 gr. 33.
— de 1500 à 2000 gr. 47.

	Primipares	Multipares
2000 à 2500.	55	67
2500 à 3000.	176	153
3000 à 3500.	207	316
3500 à 4000.	77	186
4000 à 4500.	11	44

Parmi les enfants pesant au-dessus de 2000, 13 sont morts pendant le travail et dans les quelques jours qui ont suivi la naissance.

L'insertion basse du placenta a donc une influence nettement défavorable au point de vue de la durée de la gestation et du développement des enfants.

Nous signalerons l'influence particulièrement néfaste du coït pendant la grossesse chez les femmes qui ont une insertion basse du placenta.

Sous ce rapport nous signalerons les recherches de Brenot, qui, sur 23 cas dans lesquels le coït a eu une influence indéniable sur l'interruption de la grossesse trouve 17 fois le placenta inséré sur le segment inférieur et après avoir étudié les cas de notre statis-

tique nous ne pourrons que souscrire entièrement à la conclusion de Brenot :

Les rapports sexuels ont d'autant plus de chances de provoqner l'accouchement avant le terme normal de la grossesse que le placenta est inséré plus bas sur la paroi utérine.

CHAPITRE V

Influence de l'insertion basse du placenta sur la durée du travail.

Au point de vue de leur influence sur la durée du travail, les cas d'insertion basse du placenta doivent se ranger en deux grandes catégories.

Dans un premier ordre de faits, la rupture des membranes se fait tempestivement ou à une époque déjà avancée du travail et proche de la dilatation complète. Les cas de ce genre que nous relevons dans notre statistique ne montrent pas un allongement sensible de la durée du travail, bien que la présentation soit le plus souvent obligée de s'engager pendant le travail lui-même.

Dans une seconde catégorie on doit faire entrer les cas où la rupture des membranes s'est produite, soit avant le début soit à une période plus avancée du travail.

Les anciens accoucheurs redoutaient beaucoup ce qu'ils appelaient l'accouchement sec. D'après eux, et Mme Lachapelle partage leur opinion, l'écoulement prématuré du liquide amniotique entraîne une prolon-

gation marquée de la durée du travail et compromet toujours dans une mesure assez marquée la vie de la mère et de l'enfant.

Nous savons aujourd'hui et notre statistique le démontre une fois de plus que ces craintes sont injustifiées et que :

Dans les cas de rupture prématurée des membranes, toute chose étant normale d'ailleurs, la durée du travail n'est pas prolongée.

La rupture prématurée des membranes n'a d'importance que dans les cas où une cause quelconque vient empêcher la présentation fœtale de remplacer la poche des eaux comme agent de dilatation du col.

CHAPITRE VI

Rapports de l'insertion basse du placenta et de la procidence du cordon.

L'insertion basse du placenta est une des causes les plus fréquentes de procidence du cordon. Divers facteurs interviennent pour produire cette complication.

C'est avant tout la non accommodation pelvienne du fœtus. La présentation fœtale reste élevée au-dessus du D. S. ; au-dessous d'elle le pôle inférieur de l'œuf formé par les membranes et le placenta ne contient que le liquide amniotique et constitue une sorte de poche dans laquelle le cordon pourra descendre en profitant des espaces libres qui existent au droit des symphyses sacro-iliaques, de chaque côté du promontoire. Si l'on réfléchit combien cette non accommodation pelvienne du fœtus est importante pour la production de la procidence du cordon et fréquente dans les cas d'insertion basse du placenta, il est facile de comprendre ce que nous venons de dire de l'importance de l'insertion basse du placenta comme cause de procidence ou procubitus du cordon.

Un second facteur est représenté par les présentations anormales qu'on rencontre fréquemment lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur.

L'irrégularité de la présentation, telle que le siége ou l'épaule, favorise le chute du cordon dans la poche des eaux.

L'insertion basse du placenta est une cause fréquente de rupture prématurée des membranes. Au moment ou celle-ci survient la paroi utérine peu ou pas contractée ne chasse pas la présentation fœtale contre le D. S. dont l'aire permet l'écoulement brusque du liquide amniotique entraînant le cordon.

Il ne faut pas enfin oublier que l'insertion basse du placenta favorise la procidence du cordon en rapprochant l'insertion de ce dernier de l'orifice du col.

Dans les observations nous avons rencontré 9 cas de procidences du cordon.

Deux fois il y avait présentation du siége, 1 fois présentation de la face, 2 fois léger degré d'hydramnios.

Deux fois le cordon procident était accompagné d'une main.

Dans huit cas le cordon procident fut réduit à l'aide de la main.

Cinq fois l'enfant a survécu. Dans un cas il fallut recourir à la version, l'enfant succomba.

Il est une disposition particulière du cordon que M. Pinard qui l'a décrite le premier désigne sous le nom *d'insertion vicieuse du cordon* et qui mérite d'attirer particulièrement l'attention.

Lorsque, le placenta étant inséré sur le segment inférieur, le cordon vient s'insérer sur lui soit au niveau du bord supérieur, soit au niveau du centre, on ne constate dans cette disposition rien de plus particulièrement dangereux pour la vie de l'enfant, Il n'en est pas de même lorsque le cordon s'insère sur le bord inférieur du placenta affleurant l'orifice utérin. Par suite du voisinage immédiat de son insertion placentaire avec l'orifice utérin, le cordon se trouve fatalement situé au-dessous de la présentation fœtale. Quelques efforts que l'on puisse faire pour le réduire avec la main, il retombe toujours. La mort de l'enfant est fatale si la descente et l'expulsion de la présentation ne se font pas avec une extrême rapidité. On n'a même pas dans ces cas la ressource si précieuse que fournit l'emploi du ballon de Champetier de Ribes pour maintenir le cordon élevé. En effet, le ballon lui-même aggrave la situation parce qu'il comprime fortement le cordon qu'il se propose de maintenir réduit.

Dans les trois cas de notre statistique ou l'insertion vicieuse du cordon a été observée, les enfants sont morts.

CONCLUSIONS

I. — Toutes les conséquences fâcheuses qui, pendant la grossesse et pendant le travail résultent de l'insertion du placenta sur la partie inférieure de la paroi utérine peuvent toutes être observées lorsque le bord inférieur du placenta arrive à 10 centimètres au moins de l'orifice utérin.

II. — La conséquence de beaucoup la plus fréquente de l'insertion basse du placenta est la rupture prématurée ou précoce des membranes.

III. — L'avortement ou l'accouchement prématuré avec ou sans rupture prématurée des membranes sont souvent observés lorsque le placenta est inséré bas.

IV. — Les hémorrhagies pendant la grossesse ou pendant le travail sont des manifestations rares de l'insertion basse du placenta, elles peuvent être mortelles.

V. — La rupture prématurée ou précoce des membranes met les femmes à l'abri de l'hémorrhagie, sauf dans les cas où la présentation fœtale décolle directement le placenta en descendant dans le bassin pendant le travail, mais entraîne fatalement une expulsion prématurée de l'enfant.

VI. — La rupture prématurée des membranes, l'avortement ou l'accouchement prématuré, les hémorrhagies de la grossesse s'observent avec une fréquence toute particulière chez les femmes qui ne se reposent pas pendant la grossesse ; le coït a la même influence.

VII. — Le repos pendant la grossesse et l'abstention du coït sont les deux moyens les plus efficaces pour prévenir les complications les plus redoutables de l'insertion basse du placenta.

VIII. — Pendant la grossesse, l'insertion basse du placenta est une cause de non accommodation pelvienne qui se manifeste par un retard dans l'engagement de la présentation et par la plus grande fréquence des présentations anormales.

IX. — L'écoulement prématuré ou précoce du liquide amniotique dans les cas d'insertion basse du placenta, n'augmente pas la durée du travail, lorsque tout est normal d'ailleurs.

X. — Pendant le travail la procidence du cordon est une complication fréquente et grave de l'insertion basse du placenta surtout s'il y a insertion vicieuse du cordon.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Impr. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.